



POUVOIR JUDICIAIRE

A/432/2020

ATAS/661/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 20 août 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Magali BUSER

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, est gérant de l'entreprise de peinture B_____ depuis le 3 septembre 2002. A ce titre, il est couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 17 mars 2014, il a annoncé à la SUVA avoir été victime d'un accident professionnel sur un chantier, le 8 mars 2014. Il avait été agressé par un artisan carreleur (ci-après : le carreleur) qui lui avait donné un coup de poing à l'œil droit. Il avait subi une fracture et était en incapacité de travail pour une durée supérieure à un mois.
3. Selon le constat médical du 8 mars 2014 établi par le docteur C_____, chef de clinique aux urgences ambulatoires des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré avait reçu un coup de poing sur l'orbite droite lors d'une discussion à propos d'un chantier. Il avait présenté une épistaxis, puis un épisode transitoire de vertige et de diplopie avec acuité visuelle diminuée de l'œil droit persistante. L'examen médical avait mis en évidence un hématome sous-palpébral et péri-caronculaire à droite. Un CT massif facial avait révélé une fracture des os propres du nez.
4. D'après le compte-rendu opératoire du 7 avril 2014 établi par le service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie de la bouche des HUG, l'assuré a subi une reposition nasale le 18 mars 2014, en raison d'une fracture nasale.
5. Selon le questionnaire complété par l'assuré le 26 mars 2014, il avait été frappé par le carreleur lors d'une discussion houleuse au sujet de la démolition par ce dernier de deux caissons sans son accord préalable. Il n'avait pas provoqué son agresseur et ne lui avait pas rendu les coups.
6. Dans un rapport du 17 juillet 2014 consécutif à la consultation de rhinologie-olfactologie du 8 juillet 2014, le docteur D_____, médecin adjoint du service d'oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) et de chirurgie cervico-faciale des HUG, a diagnostiqué une contusion fronto-basale droite et temporo-polaire homolatérale sur la base d'une IRM cérébrale datée du 11 juillet 2014. Le 8 mars 2014, l'assuré avait subi une agression professionnelle ayant provoqué un traumatisme nasal et une fracture nasale. Depuis l'accident, il constatait une perte de ses fonctions olfactives et une vision altérée à droite. Il se disait handicapé par le manque d'odorat dans son travail avec peintures. Selon le Dr D_____, l'assuré présentait une anosmie totale survenue après le traumatisme crânien qui pouvait être considéré comme plutôt mineur en l'absence tant de perte de connaissance, que de chute occipitale et de fracture de la voûte crânienne. A sa surprise, l'IRM cérébrale avait révélé une contusion fronto-basale unilatérale droite et au lobe temporal, soit deux structures fortement impliquées dans l'olfaction. Cela suggérait que lors du traumatisme, l'énergie absorbée par le cerveau avait été plus importante que ce que

l'on pouvait suspecter sur la base de l'histoire et cela corroborait relativement bien la plainte d'une anosmie. Il n'y avait pas de traitement curatif. En revanche, on pouvait observer des récupérations spontanées chez environ 10 à 15 % des patients dans les deux ans qui suivaient le traumatisme crânien.

7. Selon le rapport du service extérieur de la SUVA du 29 juillet 2014, les parties du corps lésées étaient le nez, l'orbite, l'œil et une dent. A la suite du coup de poing reçu le 8 mars 2014, l'assuré dormait mal, avait perdu la vision de son œil droit, le goût et l'odorat. Il s'était soumis à plusieurs examens ophtalmologiques de l'œil droit car il ne pouvait pas regarder la lumière et ne voyait que 35 % avec l'axe de son œil droit. Depuis cet événement, il était suivi par un psychologue à raison d'une séance mensuelle. Il avait peur de perdre son entreprise car pour vérifier l'état de fraîcheur d'une peinture, il fallait en sentir les pigments.
8. Dans un rapport du 6 septembre 2014, le docteur E_____, généraliste FMH, a diagnostiqué un trauma de la face, un trouble visuel post-traumatique et une anosmie post-traumatique. Le flou visuel s'était amélioré mais l'anosmie restait totale. L'assuré était suivi par l'ophtalmologie et le service ORL des HUG. Puis, dans un rapport du 16 octobre 2014, il a posé les mêmes diagnostics avec en plus une contusion fronto-basale et temporale droite, le 8 mars 2014. Il n'y avait pas d'évolution notable s'agissant de l'anosmie et du trouble visuel. Il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage concernant ces lésions.
9. Le 25 février 2015, l'assuré a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles, respectivement d'une rente. Il a joint en annexe notamment un rapport du 11 juin 2014 établi par le docteur F_____, médecin adjoint au service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des HUG, ainsi qu'un procès-verbal d'audience du Ministère public daté du 2 septembre 2014.

- Selon le rapport des HUG du 11 juin 2014, lors de la consultation maxillo-faciale du 12 mars 2014, l'assuré se plaignait d'une déviation nasale et d'une vision floue. L'examen clinique avait mis en évidence un hématome en monocle à droite en résorption. La palpation était douloureuse avec crépitation au niveau des os propres du nez en paramédian droit et petit fragment osseux impacté. Il existait une déviation septale antérieure gauche qui était ancienne selon l'assuré. Lors de la consultation du 21 mars 2014, l'assuré avait également mentionné avoir perdu lors de l'agression une couronne sur un implant en position quarante-six, mis en place plusieurs années auparavant en France. L'examen endobuccal montrait un type d'implant inconnu.

- D'après le procès-verbal d'audience du Ministère public du 2 septembre 2014, s'agissant des circonstances des lésions corporelles subies par l'assuré le 8 mars 2014, ce dernier avait construit sur le chantier deux caissons qui n'étaient pas de taille semblable contrairement à ce que voulait le client. Lors de cette construction, l'assuré avait découpé le carrelage posé par le carreleur. Convoqués par le chef de

chantier, l'assuré et le carreleur s'étaient disputés sur leur manière de travailler. Selon le carreleur, ils s'étaient empoignés les avant-bras et l'assuré avait essayé de lui donner un coup de tête, mais l'avait raté, ce qui avait entraîné sa riposte sous forme de coup de poing.

10. Dans un rapport du 26 février 2015, le docteur G_____, interniste au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG, a indiqué que l'assuré était satisfait de l'esthétique post-intervention. Le traitement était terminé. Il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage consistant en une obstruction nasale possible.
11. Dans un rapport du 22 mars 2015, le docteur H_____, chef de clinique au service d'ophtalmologie des HUG, a diagnostiqué à l'œil droit une contusion du bulbe en mars 2014 et un champ visuel tunnelisé (perte de vision périphérique avec rétention de la vision centrale) sans explication anatomique ou organique. Tous les examens jusqu'ici étaient normaux. Il n'y avait pas de corrélat anatomique pouvant expliquer la baisse d'acuité visuelle et le champ visuel de l'œil droit.
12. Selon un rapport du 21 juillet 2015 établi par la spécialiste en réinsertion de la SUVA à la suite de son entretien initial avec l'assuré, celui-ci avait dû engager du personnel temporaire depuis l'accident. Il avait repris son travail à 15 % depuis le 1^{er} mai 2015, ce qui représentait environ une heure de travail. Ce dernier consistait à emmener ses ouvriers sur le chantier avec le matériel, inspecter le chantier, aller chercher le courrier à la poste et le transmettre à la secrétaire pour traitement. L'assuré n'avait pas pu reprendre son travail dans une plus grande mesure car il était obligé de mélanger les produits et son anosmie l'empêchait de détecter si le produit était périmé ou non.
13. Dans son appréciation du 24 juillet 2015, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a observé que malgré sa demande, le dossier ne contenait aucun examen neurologique et neuropsychologique, ni aucune IRM de contrôle. En l'état, l'incapacité de travail actuelle n'apparaissait pas justifiée au vu des rapports médicaux à moins que, dans une activité de peintre, l'anosmie fût une contre-indication connue et étayée. Cependant, il y avait lieu de demander un rapport circonstancié à un ophtalmologue.
14. Par courrier du 24 juillet 2015, la SUVA a informé l'assuré que l'évolution de son cas l'avait contrainte à réexaminer sa responsabilité. Elle formulait des réserves concernant les troubles de l'assuré et suspendait ses prestations dès ce jour.
15. Dans un rapport du 10 août 2015 consécutif à ses examens des 30 juin et 7 juillet 2015, le docteur J_____, ophtalmologue FMH, a diagnostiqué à l'œil droit un status après traumatisme orbitaire et une séquelle traumatique du nerf optique. L'assuré présentait une importante réduction concentrique du champ visuel à droite de 18.8 dB qui pouvait s'expliquer par une contusion traumatique du nerf optique droit. Cette atteinte devait être mise en parallèle avec l'atteinte du nerf crânien 1. Il

n'existait pas de possibilité thérapeutique permettant de renforcer la fonction visuelle suite à cette limitation campimétrique.

16. Dans un rapport du 20 août 2015, la doctoresse K_____, médecin praticienne FMH, psychiatre et médecin au centre médical des Acacias, a indiqué que l'assuré l'avait consultée, le 3 avril 2014, dans un contexte de troubles de l'adaptation et de troubles anxio-dépressifs moyens. Il présentait un trouble anxio-dépressif et des épisodes de panique dont l'origine était réactionnelle à l'accident du 8 mars 2014 et à la perte de l'odorat. L'avenir professionnel incertain jouait un rôle dans l'affection actuelle.
17. Le 9 septembre 2015, l'assuré a été examiné par le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que psychiatre-conseil de la SUVA. Il a exposé qu'il ne pouvait plus travailler dans son métier habituel sans se mettre en danger, puisqu'en raison de l'anosmie, il ne pouvait plus détecter les produits solvants ou toxiques auxquels il pourrait être exposé. Dans son rapport du 16 septembre 2015, le Dr L_____ n'a posé aucun diagnostic psychiatrique. Au cours de son évaluation, il avait constaté une symptomatologie de deuil non fait avec importante colère, ainsi que revendication quant à une reconnaissance des dommages et des torts subis. Il avait mis en évidence une dysphorie réactionnelle avec des moments d'abattement en lien avec l'idée que l'avenir professionnel de l'assuré était totalement compromis. Sur le plan diagnostic, il faudrait retenir un trouble de l'adaptation qui, par définition, était limité dans le temps et ne pouvait pas être posé à plus de dix-huit mois de l'agression. L'anxiété était très présente, mais pouvait être considérée comme normale en lien avec les incertitudes de l'assuré quant à son existence. Globalement, la symptomatologie ne traduisait pas une atteinte psychique, mais une réaction à un ensemble de stressseurs. Elle n'avait pas une importance suffisante pour justifier une incapacité de travail. La causalité entre les symptômes psychiques et l'accident était probable.
18. Dans un rapport du 20 octobre 2015 requis par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. L'anosmie et les troubles visuels à droite avaient une influence sur la capacité de travail depuis le 8 mars 2014. Cette dernière était nulle dans l'activité de peintre en bâtiment et de 15 % dans une activité adaptée de gérance d'équipe de peintres en bâtiment.
19. Selon le procès-verbal d'entretien du 28 octobre 2015 dans les locaux de la SUVA, le recourant se plaignait lorsqu'il mangeait de ne pas sentir le goût des aliments. Il a fait part de sa déception de n'avoir perçu que le 50 % des indemnités journalières et de ne plus du tout être indemnisé depuis le 24 juillet 2015. Il consultait une fois par mois la Dresse K_____ et grâce à elle, il avait évité de se suicider à deux reprises.
20. Dans son appréciation sur dossier du 30 mars 2016, le docteur M_____, ophtalmologue FMH et ophtalmologue-conseil de la SUVA, a diagnostiqué une limitation concentrique considérable du champ visuel consécutive à une contusion

du globe oculaire survenue le 8 mars 2014 avec traumatisme du nerf optique. Il notait que l'IRM effectué en décembre 2014 ne relevait aucun hématome, aucune lésion oculaire, aucune signe d'inflammation, et que le nerf optique était normal. L'assuré présentait un champ visuel considérablement limité à l'œil droit, mais son acuité visuelle était encore très bonne. Par conséquent, la vision stéréoscopique l'était également. Au regard des deux années qui s'étaient écoulées depuis l'accident, l'assuré s'était habitué à cette nouvelle situation de vision. D'un point de vue ophtalmologique, il pouvait reprendre quasiment normalement son activité d'origine de peintre. Depuis le mois de juillet 2015, une activité à plein temps était exigible avec une limitation de la capacité de travail de 10 %. Depuis le mois de juillet 2015, aucune amélioration du champ visuel de l'œil droit ne pouvait être escomptée. La situation médicale était stable. Il existait une atteinte à l'intégrité ophtalmologique d'origine accidentelle faisant l'objet d'une appréciation séparée.

21. Selon l'appréciation du 30 mars 2016, le Dr M_____ a conclu, sur la base de la table n° 3, à une atteinte à l'intégrité ophtalmologique de 18 % pour une restriction unilatérale concentrique du champ visuel de 10 % à l'œil droit consécutive à une contusion du globe oculaire avec traumatisme du nerf optique.

Ni le dossier, ni l'anamnèse ne révélaient de problèmes ophtalmologiques antérieurs. Aucune amélioration considérable du champ visuel ne pouvait être escomptée. La situation était définitive.

22. Dans un rapport du 12 avril 2016, le Dr H_____ a rappelé que pendant le suivi post-opératoire après l'agression, il avait effectué un bilan ophtalmologique pour chercher la cause de la baisse de vision à l'œil droit. Malgré les examens exhaustifs, il existait toujours une discrédance entre les examens complémentaires et l'acuité visuelle. De plus, tous les examens accomplis jusqu'ici n'expliquaient ni les champs visuels, ni l'acuité visuelle de l'œil droit qui ne correspondaient pas à l'aspect anatomique du nerf optique et aux résultats tant de l'IRM que de l'électrorétinogramme (ERG), ainsi qu'aux mesures des potentiels évoqués visuels (PRV).

23. Dans un rapport du 16 juin 2016, le Dr D_____ a indiqué qu'au vu des tests olfactifs réalisés à plus de deux ans du traumatisme, il fallait considérer la situation comme stabilisée.

24. Sur demande de la SUVA, le docteur N_____, neurologue FMH, a examiné l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 31 octobre 2016, le Dr N_____ a précisé que selon l'assuré, après l'événement du 8 mars 2014, il avait voulu rentrer chez lui en scooter, mais qu'il avait eu l'impression de ne plus voir en périphérie avec l'œil droit. Il avait arrêté son scooter, s'était assis au bord de la route et avait fait appeler une ambulance. Il avait constaté la disparition de l'olfaction dès le jour de l'accident. Les troubles visuels sous forme d'une vision tunellaire à droite étaient apparus le jour de l'accident, mais n'avaient pu être objectivés qu'à la suite de la diminution de l'œdème de la paupière droite. L'assuré se plaignait d'un état de

stress important accompagné de sensations de tensions musculaires au niveau occipital avec irradiations à la nuque, de difficultés de concentration, de labilité émotionnelle et de sensation de perte de connaissance imminente. Au vu de cette situation, l'expert a demandé une évaluation psychologique et ophtalmologique.

Selon l'évaluation neuropsychologique réalisée les 13 et 14 juin 2016 par Madame O_____, psychologue et neuropsychologue FSP, l'assuré présentait des performances déficitaires à des épreuves mnésiques. La neuropsychologue avait constaté des difficultés fluctuantes lors d'épreuves exécutives et des difficultés pas toujours constantes au calcul mental. Ce tableau s'observait chez un assuré dont les plaintes cognitives étaient multiples. Cette symptomatologie diffuse s'exprimait dans le cadre d'une réactivité au stress. La présentation clinique n'évoquait pas une entité syndromique en relation particulièrement évidente avec la présence de contusions bi-frontales.

Selon l'évaluation neuro-ophtalmologique réalisée le 19 août 2016 par le docteur P_____, médecin-adjoint à l'hôpital ophtalmique Q_____, l'assuré présentait une restriction concentrique du champ visuel de l'œil droit, plus de deux ans après un traumatisme oculo-orbitaire droit. Le diagnostic différentiel d'une restriction concentrique du champ visuel d'un seul œil incluait une neuropathie optique (essentiellement antérieure), une rétinopathie diffuse, ainsi qu'un trouble fonctionnel non organique. Actuellement, il n'y avait objectivement aucune suspicion de neuropathie optique ou de rétinopathie. Au test de confrontation, le champ visuel de l'œil droit était altéré, mais deux examens différents donnaient deux résultats différents. Le champ visuel était normal par confrontation à l'œil gauche. A la périmétrie automatique par l'appareil Octopus, il y avait une restriction concentrique du champ visuel à droite. A la périmétrie de Goldmann, l'assuré présentait une restriction concentrique à l'œil droit. Étant donné que les déficits campimétriques observés tant auprès du Dr J_____ que lors de sa consultation étaient variables, le Dr P_____ estimait qu'une composante fonctionnelle organique surajoutée était présente.

Dans son rapport d'expertise, le Dr N_____ a exposé qu'aux points de vue ophtalmologique et neurologique, selon les examens du Dr P_____ et de la neuropsychologue, l'assuré ne présentait aucune séquelle objective des suites de son accident du 8 mars 2014. Concernant les troubles olfactifs, l'assuré ne sentait aucune odeur des deux côtés aussi bien s'agissant des substances irritatives stimulant le nerf trijumeau, soit le cinquième nerf crânien, que des agents olfactifs habituels sous le contrôle du premier nerf crânien. Par ailleurs, les autres contingents sensitifs du nerf trijumeau étaient tous normaux. Cette présentation était hautement suspecte d'une atteinte fonctionnelle (sans support lésionnel). Par conséquent, il existait également à ce sujet un doute quant au caractère organique de ce déficit. Il était très surprenant de retrouver une contusion fronto-basale, sans aucune évidence de commotion cérébrale ou de perte de connaissance. L'expert a diagnostiqué un status après traumatisme crânien simple sans commotion cérébrale,

des troubles olfactifs d'origine peu claire, des troubles visuels d'origine fonctionnelle, un état de stress chronique et un status après contusion fronto-basale. Il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan neurologique. Cette expertise devait être soumise au Dr D_____ pour que, sur la base de son examen clinique, il se déterminât clairement sur l'organicité de ses constatations, notamment sur l'atteinte olfactive et trigéminal, puis sur sa corrélation avec les données neuroradiologiques. Eu égard à l'absence de commotion cérébrale et aux doutes mentionnés, il convenait de s'assurer que les lésions neuroradiologiques étaient bien en rapport avec l'accident du 8 mars 2014.

25. Dans son appréciation du 13 janvier 2017, le docteur R_____, ophtalmologue FMH et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, a considéré que l'examen ophtalmologique du 19 août 2016 n'apportait pas d'éléments nouveaux. Selon les mesures effectuées, globalement un trouble fonctionnel de la vue n'était pas exclu. Le bilan ophtalmologique correspondait aux observations faites précédemment. Par conséquent, l'état de santé déjà constaté en mars 2016 devait être considéré comme stabilisé. L'appréciation de l'exigibilité et de l'atteinte à l'intégrité restait inchangée par rapport à celle du Dr M_____.
26. Dans son appréciation neurologique du 23 janvier 2017, le docteur S_____, neurologue FMH et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, a rappelé que le traumatisme avait été mineur, qu'un traumatisme crânien n'avait pas été évoqué cliniquement, que l'imagerie avait révélé une lésion frontale unilatérale difficilement conciliable avec une anosmie totale et que les troubles visuels avaient aussi été définis comme ayant une composante fonctionnelle par le Dr P_____. Par conséquent, il rejoignait l'avis de l'expert N_____ qui mettait en doute le lien de causalité entre la lésion frontale droite et l'événement du 8 mars 2014. Les performances de l'assuré aux tests neuropsychologiques avaient été fluctuantes et ses plaintes cognitives étaient multiples, de sorte que le tableau clinique, qui n'évoquait pas une entité syndromique en relation particulièrement évidente avec la présence de contusions (bi)frontales, était compatible avec une réactivité au stress. Aussi, il y avait lieu de suivre les conclusions des Drs N_____ et P_____ qui mettaient en doute le lien de causalité entre les troubles olfactifs et cognitifs présentés par l'assuré et l'événement du 8 mars 2014. La causalité desdits troubles n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident du 8 mars 2014. S'agissant des troubles visuels, le Dr M_____ avait estimé la capacité de travail à 90 % dès le mois de juillet 2015.
27. Par décision du 6 avril 2017, la SUVA a refusé la prise en charge des troubles olfactifs et cognitifs depuis l'émission de ses réserves, le 24 juillet 2015. Elle a considéré que selon le dossier médical, aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement du 8 mars 2014 et lesdits troubles.

28. Par courrier du 6 avril 2017, la SUVA a mis un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 juillet 2015 au motif que, d'après son service médical, l'assuré n'avait plus besoin de traitement depuis un certain déjà et qu'une capacité de travail de 90 % lui était reconnue dans son poste habituel depuis le 1^{er} août 2015. Elle allait encore examiner si elle pouvait libérer les indemnités journalières retenues à 50 % du 8 mars 2014 au 31 juillet 2015 dans l'attente du jugement pénal et lui allouer d'autres prestations.

29. Le 15 mai 2017, l'assuré a formé opposition à la décision du 6 avril 2017. Il a reproché à la SUVA de ne pas avoir motivé sa décision, de sorte qu'il peinait à comprendre le raisonnement soutenu. Il ressortait de l'audition du Dr E_____ par le Ministère public qu'il existait un lien de causalité entre le coup de poing reçu le 8 mars 2014 et les lésions qu'il avait subies puisqu'il n'avait jamais évoqué auparavant un problème de vision ou de perte de goût ou de l'odorat. L'acte d'accusation du Ministère public du 2 février 2017 retenait un lien de causalité entre le coup de poing et les lésions subies. Par conséquent, il convenait de lui accorder des prestations à 100 % dès le 8 mars 2014 et à 85 % dès le 1^{er} mai 2015.

Il a produit dans la procédure le procès-verbal du Ministère public relatif à l'audience du 11 février 2016 et l'acte d'accusation du 2 février 2017.

- Selon le procès-verbal d'audience du 11 février 2016 relatif à l'audition du Dr E_____, ce dernier a indiqué qu'à la suite de l'agression subie le 8 mars 2014, l'assuré ne sentait plus les odeurs et avait des problèmes de vue avec une diminution de l'acuité visuelle à droite de 35 %. L'assuré n'avait jamais évoqué un problème de vision ou une diminution, respectivement une perte du goût ou de l'odorat, avant son accident de mars 2014 étant précisé qu'il était son patient depuis sept ou huit ans. L'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis son accident, respectivement à 85 % depuis le 1^{er} mai 2015 car il avait besoin de son odorat notamment pour effectuer des mélanges et pour savoir si un produit était périmé. Comme il avait perdu l'odorat, il ne pouvait plus travailler. Le Dr E_____ a précisé qu'il ne savait pas lui-même dans quelle mesure l'assuré avait besoin de son odorat pour mélanger les peintures et déterminer si elles étaient périmées. Il faisait confiance à ce que l'assuré lui avait dit. Ce dernier était en incapacité de travail s'agissant des activités liées à la peinture. En revanche, il était capable de travailler quant aux activités de gestion de son entreprise et aux tâches administratives.

- Selon l'acte d'accusation du 2 février 2017, à la suite du coup poing reçu au visage, l'assuré avait subi une perte totale et permanente du goût et de l'odorat, ainsi que des lésions du nerf optique occasionnant une diminution permanente de 30 à 35 % du champ visuel de l'œil droit.

30. Par certificat médical du 26 avril 2017, la Dresse K_____ a indiqué que l'assuré était suivi en psychiatrie au centre médical des Acacias depuis le 8 mars 2014 pour des troubles anxieux et dépressifs avec épisodes de panique, survenus suite à

l'agression subie. Actuellement sous traitement psychotrope, son état restait fluctuant.

31. Par décision sur opposition du 7 juin 2017, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a considéré que sa décision avait été suffisamment motivée au regard de la jurisprudence rappelée et que l'assuré avait parfaitement saisi les tenants et aboutissants de la décision puisqu'il avait été en mesure de défendre ses intérêts dans le cadre de l'opposition. Des nombreux examens médicaux réalisés afin de déterminer l'étiologie des troubles olfactifs et cognitifs de l'assuré, il ressortait de façon concordante, selon les avis des Drs N_____ et S_____, qu'en présence d'un traumatisme somme toute mineur et au regard des constatations tant cliniques que radiologiques démontrant l'absence de lésion organique, il n'existait pas au degré de la vraisemblance prépondérante un rapport de causalité entre l'accident annoncé et les troubles actuels. Ni les affirmations du Dr E_____, ni l'acte d'accusation du Ministère public n'étaient propres à douter des avis convergents des praticiens spécialistes. En l'absence de lien de causalité naturelle, l'examen de la causalité adéquate était superflu.
32. Par acte du 10 juillet 2017, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à la constatation de l'existence d'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre l'accident du 8 mars 2014 et l'anosmie, respectivement la contusion traumatique du nerf optique droit, et à la condamnation de l'intimée à verser des prestations d'assurance depuis le 24 juillet 2015. Il a allégué que les photos qu'il produisait démontraient que le traumatisme subi n'était nullement mineur. De plus, selon le procès-verbal de l'audience du Ministère public du 10 février 2016 qu'il produisait, le Dr J_____ avait indiqué au vu de ces images que l'hématome en monocle provenait d'un coup porté avec une énergie considérable, ce qui rendait plus que plausible une atteinte au nerf optique consécutive à ce traumatisme. La décision n'expliquait pas en quoi la situation aurait changé entre le 24 juillet 2015 et le 6 avril 2017 et quels critères elle avait pris en compte pour conclure à la suppression du droit aux prestations avec effet rétroactif au 24 juillet 2015. S'agissant du lien de causalité naturelle entre le coup reçu et tant les troubles de la vue que la perte de l'odorat, les Drs S_____ et N_____ n'étaient pas en mesure de déterminer si le recourant souffrait de tels troubles avant l'événement assuré puisqu'ils ne l'avaient pas examiné à cette époque au contraire du Dr E_____. Par ailleurs, un lien de causalité était également admis par les Drs D_____, J_____ et T_____ qui n'étaient pas ses médecins traitants. Les photographies et les attestations médicales établissaient également l'existence d'un tel lien entre l'agression et le dommage.

Le recourant a produit diverses pièces.

- Selon le procès-verbal de l'audience du Ministère public du 10 février 2016, le Dr J_____ a précisé, lors de son audition, que s'agissant de l'acuité visuelle, le recourant avait une bonne vision, mais qu'en revanche, il présentait une importante réduction du champ visuel, à savoir 18,8 dB. A partir de 10 dB, on pouvait déjà

parler d'une réduction significative. Cette perte pouvait être partiellement compensée par la vision périphérique de l'œil gauche. Les examens montraient que l'origine du problème venait d'une lésion traumatique des fibres du nerf optique, soit une lésion qui n'était pas récupérable. Ce diagnostic se basait sur l'anamnèse, ainsi que sur son examen et celui des autres ORL. Il ressortait du rapport du Dr D_____ que le nerf crânien 1, soit le nerf olfactif, était atteint. Etant donné que le nerf optique était le nerf crânien 2 qui se trouvait à proximité du nerf olfactif, il en déduisait que le nerf optique avait également été atteint. L'hématome en monocle évoquait un coup porté avec une énergie considérable ce qui rendait plus que plausible une atteinte au nerf optique consécutive à ce coup. Egalement entendu, le Dr D_____ a précisé que les personnes qui se plaignaient d'une perte d'odorat se plaignaient également d'une perte de goût qui était liée à la perte de la perception rétro-nasale. En revanche, médicalement parlant, il n'y avait pas de lien automatique entre la perte de l'odorat et la perte du goût. La perte traumatique de l'odorat était classique et scientifiquement établie. En revanche, il y avait peu de connaissances et de littérature médicale sur la perte du goût d'origine traumatique. Sur la base des examens effectués, il ne pouvait pas dire si l'impact reçu par le recourant était violent ou non. Toutefois, le traumatisme avait dégagé suffisamment d'énergie pour casser le nez et causer la contusion fronto-basale. Il avait basé son examen médical sur l'anamnèse et ses constatations. Il ne pouvait pas savoir si le recourant avait subi un autre traumatisme auparavant ou par la suite.

- Dans un rapport du 22 mai 2017, après prise en compte de l'évaluation neuro-ophtalmologique d'août 2016 et de son dernier examen du 1^{er} mars 2017, le Dr J_____ a confirmé le diagnostic déjà posé. Il a constaté une importante réduction concentrique du champ visuel à droite de 14 dB. Le recourant présentait toujours une importante réduction concentrique dudit champ qui pouvait s'expliquer par une ancienne contusion traumatique du nerf optique droit. Il n'y avait pas eu d'amélioration notable depuis la première évaluation.

33. Dans sa réponse du 30 août 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Même si la décision attaquée semblait circonscrire son objet aux seuls troubles olfactifs et cognitifs du recourant, son effet matériel était de supprimer les prestations d'assurance, de sorte que l'objet du litige était le droit aux prestations dues à partir du 24 juillet 2015. Les rapports des Drs N_____ et S_____ ayant pleine valeur probante établissaient de façon probante que les troubles du recourant ne reposaient sur aucun substrat organique objectivable. Dans la mesure où les constatations du Dr D_____ n'émanaient pas d'un spécialiste en neurologie, elles ne remettaient pas en cause les conclusions de ces deux médecins, ce d'autant plus qu'il faisait preuve de retenue en imputant les symptômes observés aux atteintes objectivées. Quant à l'avis du Dr E_____, il ne discutait pas du caractère objectivable des troubles en présence et il se fondait sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » qui ne permettait pas d'établir l'existence d'un lien de causalité. Toutefois, la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et les

troubles du recourant pouvait rester ouverte puisque l'existence d'un lien de causalité adéquate devait être niée. En effet, l'agression subie devait tout au plus être rangée dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Au surplus, les critères jurisprudentiels à prendre en considération ne présentaient pas une intensité suffisante permettant de conclure à l'existence d'une relation de causalité adéquate.

34. Dans sa réplique du 26 septembre 2017, le recourant a fait part du dispositif du jugement et de l'ordonnance rectificative du Tribunal de police datés du 8 septembre 2017 qui reconnaissent le carreur coupable de lésions corporelles simples et graves par négligence. Il a persisté à soutenir qu'il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles actuels. S'agissant des troubles visuels, le Dr M_____ confirmait les dires du Dr E_____ en relevant que ni le dossier, ni l'anamnèse ne révélaient de problèmes ophtalmologiques antérieurs. En outre, par son jugement, le Tribunal de police avait reconnu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le coup de poing et les lésions. Quant au lien de causalité adéquate, le recourant a exposé que la jurisprudence relative aux troubles psychiques ne s'appliquait pas dès lors qu'il n'alléguait aucun dommage psychique dans sa demande de prestations. S'agissant des troubles olfactifs et cognitifs, le Dr N_____ n'avait pas pris la peine d'examiner l'IRM du 11 juillet 2014 qui établissait l'existence d'une contusion et qui expliquait son anosmie, soit un élément objectivable, et n'indiquait pas en quoi ladite IRM ne serait pas pertinente pour apprécier le lien de causalité. Par conséquent, son évaluation n'avait pas de valeur probante. Quant à l'appréciation du Dr S_____, elle était contradictoire puisque ce médecin confirmait que l'IRM permettait de visualiser une séquence d'apparence post-traumatique avec gliose au niveau gyrus rectus droit, tout en suivant l'avis du Dr N_____ qui retenait le caractère non organique des troubles olfactifs. De plus, ces deux médecins n'expliquaient pas en quoi la contusion mentionnée par le Dr D_____ ne pouvait pas être appréciée sur l'IRM, ni pourquoi il faudrait se distancer de cet élément objectif, ni en quoi les structures lésées visibles sur l'IRM ne seraient pas impliquées dans l'olfaction. S'agissant de la restriction du champ visuel de l'œil droit, l'intimée faisait preuve d'arbitraire en niant un tel lien de causalité alors que le Dr M_____ admettait l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'agression et les troubles de la vue. L'intimée n'expliquait pas sur quelles bases elle se fondait pour retenir que lesdits troubles seraient une conséquence psychique de l'accident. Le recourant a également fait grief à l'intimée de ne pas avoir instruit sa perte de goût, alors qu'il avait mentionné ce trouble lors des divers entretiens dans le bureau de l'intimée et que le Dr E_____ ainsi que le Ministère public retenaient que le coup porté avait également provoqué une perte de goût. Il a persisté intégralement dans ses conclusions et développements précédents.
35. Par arrêt du 18 décembre 2017, la chambre de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et décision concernant les troubles visuels.

Contrairement à ce que soutenait l'intimée, l'objet du litige portait uniquement sur le droit aux prestations d'assurance postérieures au 24 juillet 2015 en lien avec les troubles cognitifs et olfactifs, respectivement gustatifs. En effet, dans son courrier du 6 avril 2017, elle avait mis un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière, mais elle s'était engagée à examiner si elle pouvait allouer au recourant d'autres prestations. Elle envisageait ainsi d'examiner le droit du recourant aux prestations en lien avec l'atteinte visuelle, à savoir l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 18 % admise par les Drs M_____, R_____ et S_____, ainsi que l'indemnisation de l'incapacité de travail de 10 %.

Dans son rapport d'expertise, le Dr N_____ ne prenait pas une position définitive quant au lien de causalité naturelle entre l'atteinte olfactive et l'accident du 8 mars 2014, puisque, tout en suspectant fortement une atteinte fonctionnelle, il avait demandé que son expertise soit soumise au Dr D_____ afin que ce dernier procède à un examen clinique et se détermine sur l'organicité des troubles olfactifs, sur la capacité de travail et les limitations engendrées par ce déficit. Par ailleurs, il n'avait pas analysé personnellement l'IRM révélant l'atteinte front-basale, de sorte que son appréciation à son sujet n'était pas relevante. Ses conclusions étaient enfin contredites par celles du Dr D_____, ce qui avait pour conséquence que les résultats de l'expertise étaient peu convaincants. Elle n'avait dès lors pas de valeur probante.

Le rapport du Dr S_____, qui se bornait à confirmer les conclusions du Dr N_____ en reprenant strictement les mêmes arguments que ce dernier, n'avait pas davantage de valeur probante pour les mêmes motifs. Quant aux rapports du Dr P_____ et des ophtalmologues de l'intimée, leur valeur probante n'était pas examinée, les troubles visuels ne faisant pas l'objet de la procédure.

Au stade actuel des investigations médicales, il existait des incertitudes, ces investigations ne permettant pas de statuer en pleine connaissance de cause sur la nature et l'origine des troubles olfactifs.

S'agissant du lien de causalité, l'intimée adoptait une argumentation contradictoire : elle considérait dans sa décision sur opposition que la question du lien de causalité adéquate pouvait rester ouverte, puis dans sa réponse, c'était la question de la causalité naturelle qui pouvait rester ouverte. En tout état, il était prématuré de statuer sur la question du lien de causalité adéquate. En effet, en présence de l'IRM cérébrale du 11 juillet 2014 révélant une contusion fronto-basale, il y avait lieu d'instruire le dossier sur le plan médical, afin de déterminer si les troubles présentés par le recourant étaient d'origine organique ou fonctionnelle, respectivement si la question du lien de causalité adéquate devait être tranchée selon la jurisprudence concernant les troubles psychiques surajoutés à une atteinte organique, celle concernant le traumatisme cranio-cérébral ou celle relative aux seuls troubles physiques. Il convenait ainsi de renvoyer le dossier à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise externe pluridisciplinaire, à savoir en tout cas neurologique ainsi qu'oto-rhino-laryngologique et qu'elle rende une décision quant

aux troubles ophtalmologiques. Dans ce cadre, il lui appartiendrait de déterminer si l'expertise pluridisciplinaire devait également comporter un volet ophtalmologique, psychiatrique et radiologique eu égard à l'interprétation controversée de l'IRM cérébrale du 11 juillet 2014.

36. Par décision du 2 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assuré. Selon le service médical régional de l'OAI, il n'y avait pas de maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée. Dès lors, son atteinte à la santé ne constituait pas une invalidité. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas.
37. À la suite du renvoi du dossier à la SUVA, une expertise interdisciplinaire a été ordonnée et confiée par la SUVA à l'unité d'expertise médicale de la Polyclinique médicale universitaire, sise à Lausanne.
38. L'assuré a été informé du nom du centre d'expertise et a eu la possibilité de compléter le questionnaire d'expertise avant sa mise en œuvre.
39. Par courrier du 19 décembre 2018, le centre d'expertise a convoqué l'assuré, le 22 janvier 2019, à une consultation auprès de la doctresse U_____, spécialisée en médecine interne. Des rendez-vous étaient ensuite déjà fixés durant les mois de février et mars auprès du docteur V_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la doctresse X_____, spécialisée en neurologie, du docteur Y_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, et du docteur Z_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie.
40. Les experts ont rendu leur rapport d'expertise le 23 avril 2019.

- a. Le rapport d'expertise psychiatrique a été rendu le 13 février 2019 ; l'assuré a été reçu le 5 février 2019. Dans ses plaintes, il indiquait que sa vie avait été gâchée depuis son agression, n'ayant plus d'odorat ni de goût. Il se plaignait de problèmes visuels et d'avoir tout le temps le nez qui coulait. Il ruminait souvent son agression. Il décrivait des fluctuations de l'humeur, sans rapporter de tristesse constante, et une baisse de la capacité à éprouver du plaisir, avec une raréfaction de ses contacts amicaux. Il ne verbalisait toutefois pas d'idée de dévalorisation ou de culpabilité. Il ne décrivait pas d'idée noire ou suicidaire actuellement, précisant toutefois que dans l'année qui avait suivi son accident, il avait eu des idées suicidaires. Il dormait bien lorsqu'il prenait son somnifère. Il avait perdu l'appétit, étant précisé qu'il ne signalait pas de variation pondérale.

Lors de l'examen, le Dr V_____ a retenu que l'assuré ne démontrait pas de trouble de conscience. S'agissant de l'orientation, il s'était trompé d'un jour sur la date, mais situait correctement le mois et l'année et était orienté dans les autres modalités. Il observait des troubles de concentration : l'assuré piétinait rapidement à une épreuve de soustractions simples ; il manifestait une latence anormale lorsqu'il récitait les mois de l'année à l'envers en début d'exercice, mais il le réalisait finalement de manière correcte. Des troubles de la fixation étaient également présents : seul un mot sur trois était rappelé de façon différée. Il ne

révélaient pas de trouble de l'évocation, de confabulation, de symptôme paramnésique ou hypermnésique. Il n'y avait pas de troubles formels de la pensée, de craintes et obsessions, de symptôme délirant, de trouble des perceptions ou de trouble du Moi. Sur le plan des symptômes affectifs, il n'observait pas d'anesthésie ou d'ambivalence affective, de labilité, d'incontinence ou de monotonie affective. Il n'y avait pas de troubles du dynamisme et de la psychomotricité. Il n'y avait pas de particularité nyctémérale. À l'échelle de dépression MADRS, il avait un score de 10/60, en-dessous de la symptomatologie dépressive légère.

Il constatait un assuré toujours enfermé dans une logique de quête de reconnaissance accompagnée de symptômes dysthymiques. Des facteurs de fragilisation pouvaient expliquer cette évolution défavorable, à savoir la précarité économique vécue dans l'enfance, ainsi que sa vie affective et sentimentale, caractérisée par plusieurs unions et séparations.

L'expert estimait que cette stratégie d'adaptation dysfonctionnelle ne correspondait pas à un diagnostic psychiatrique spécifique. Il retenait par contre la dysthymie. L'assuré n'étant pas fortement décompensé sur le plan thymique ou anxieux, il n'était pas nécessaire de reprendre un suivi psychologique ou psychiatrique. Face à ce tableau dysthymique, avec un assuré qui s'enfermait dans une logique de quête de reconnaissance narcissique, on ne pouvait expliquer, sur le plan strictement psychiatrique, une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. Des facteurs contextuels, liés à de mauvaises stratégies de coping, expliquaient les dysfonctionnements de l'expertisé plus qu'une atteinte psychiatrique considérée au sens strict.

Au final, l'expertise mettait en évidence un diagnostic de dysthymie, qui ne pouvait être considéré comme une affection psychiatrique sévèrement incapacitante. Si l'on tenait toutefois compte des troubles de la concentration constatés, on pouvait retenir une baisse de rendement de l'ordre de 20 % dans l'activité réalisée jusqu'à ce jour, sans baisse du temps de présence. Même si l'attitude de l'expertisé, dans le sens d'une quête de reconnaissance, n'entraînait pas dans le cadre d'un diagnostic médical, le diagnostic de dysthymie pouvait par contre représenter un trouble psychique surajouté, apparu suite à l'agression de 2014. Il était probable que cet état dysthymique ne serait pas apparu en l'absence de l'agression.

Ainsi, une capacité de travail impliquant un temps plein avec baisse de rendement de 20 % était exigible.

b. Dans l'expertise neurologique du 22 février 2019, le Professeur AA_____, spécialiste FMH en neurologie, et la Dresse X_____ ont retenu les diagnostics de : probable affection du nerf olfactif (G52.0) sur traumatisme crânio-cérébral ; trouble somatoforme indifférencié (F45.1) ; amputation campimétrique latéro-supérieure monoculaire droite à l'évaluation par confrontation digitale ; troubles neurocognitifs d'origine indéterminée ; et lésions contusionnelles fronto-basale et temporo-polaire droites non datées.

Ils joignaient à leur expertise un rapport du 26 décembre 2018 du Professeur AB_____, spécialiste FMH en radiologie et chef de service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier universitaire de Lausanne (CHUV). Ce dernier indiquait avoir revu l'examen CT du 8 mars 2014 et les deux examens IRM datés du 11 juillet 2014 et 11 décembre 2014. Ces trois examens montraient des séquelles très vraisemblablement traumatiques cortico-sous-corticales du gyrus rectus et orbito-frontales droites, ainsi que sous-corticales temporo-lobaires droites, présentes à l'état chronique sur le CT du 8 mars 2014 et inchangées sur les IRM de juillet et décembre 2014. Ces lésions étaient donc préexistantes au traumatisme en question. Le CT du 8 mars 2014 montrait une fracture du nez avec une tuméfaction des parties molles permettant de conclure qu'il s'agissait d'une lésion aiguë. À cette date, il n'y avait pas de lésion cérébrale aiguë visible. Il n'y avait pas de fracture du massif facial intéressant le trajet des nerfs optiques.

Il ressortait de cette analyse que les lésions d'allure chronique le jour du traumatisme ne pouvaient avoir été causées par le coup de poing au niveau de la région orbito-nasale gauche. Ils relevaient, selon le dossier, des antécédents de traumatisme crânien ayant pu être à l'origine de ces lésions. Il semblait donc possible que le traumatisme par coup de poing ait pu initialement avoir été en cause de la dysgueusie et anosmie, supposant un traumatisme plus sévère qu'initialement évoqué. Ce traumatisme par coup de poing avait entraîné une commotion cérébrale, correspondant à un traumatisme crânio-cérébral d'intensité modérée (sensation de brouillard), suggérant une altération partielle et transitoire de la conscience, des troubles mnésiques lors du trajet vers l'hôpital puis la survenue de céphalées. Quant à l'anosmie bilatérale, elle présumerait un mécanisme de cisaillement bilatéral des fibres du bulbe olfactif. La fracture se limitant aux os propres du nez, confirmé au CT-scanner cérébral et massif facial, une lésion aux zones d'émergence de ces différents nerfs crâniens était raisonnablement exclue. En présence de ces différentes trouvailles cliniques, non cohérentes d'un point de vue neurologique, ils retenaient un probable trouble fonctionnel surajouté.

S'agissant des troubles visuels, l'évaluation clinique révélait une amputation campimétrique monoculaire latéro-supérieure droite, alors que l'acuité visuelle était conservée, et le réflexe pupillaire photomoteur direct et consensuel normal. Les troubles visuels avaient été remarqués dans un deuxième temps (environ une semaine après le traumatisme), contrairement aux troubles gustatifs et donc olfactifs. L'IRM ne révélait pas de lésion du nerf optique et le CT-scanner ne retrouvait pas de lésions des orbites. Par rapport à la diplopie transitoire, actuellement totalement résolue, leur évaluation ne la retrouvait pas et ils confirmaient donc l'absence d'argument clinique pour une atteinte oculomotrice et par conséquent une atteinte des nerfs oculomoteurs (NC III), trochléaires (NC IV) et abducens (NC VI). Concernant le versant visuel, il convenait de se référer au volet ophtalmologique de cette expertise.

Du point de vue neurocognitif, l'assuré se plaignait principalement de troubles mnésiques, confirmés à leur évaluation, ainsi que des troubles attentionnels. La dénomination révélait également des difficultés langagières, que ce soit dans sa langue maternelle (portugais) ou en français. Ils proposaient ainsi de compléter le bilan par une évaluation neuropsychologique formelle, bien qu'un examen ait été effectué antérieurement dans le cadre de l'expertise du Dr N_____.

Les troubles olfactifs entraînaient une limitation professionnelle dans son activité de plâtrier-peintre, s'agissant de l'ajustement des couleurs et la détection de pigments périmés. Ceci pouvait toutefois, selon l'expertisé, être réalisé par une tierce personne, qui le faisait par ailleurs actuellement déjà dans ses 15 % d'activité à son compte. Ces troubles s'associaient également, et de manière légitime, à un impact social important, limitant les plaisirs gustatifs de l'alimentation, et pouvant entraîner un retrait social. S'agissant des troubles visuels, l'assuré mentionnait avoir de la difficulté à avoir une vue d'ensemble large, limitant les tâches professionnelles exigeant un alignement, notamment lorsqu'il s'agissait de travailler au-dessus de sa tête. Ces différents troubles, non reconnus comme étant en lien avec l'accident par coup de poing, entravaient le versant thymique, pour lequel il avait bénéficié dans le passé d'un suivi psychiatrique, interrompu pour des raisons financières.

Il était probable que les troubles gustatifs complexes, à mettre en lien avec l'anosmie, soient secondaires au traumatisme par coup de poing. Un TCC pouvait entraîner une anosmie par cisaillement des filets olfactifs à travers la lame criblée de l'éthmoïde. Une telle atteinte ne pouvait pas être démontrée radiologiquement. L'IRM réalisée après 4 mois montrait aussi une possible gliose du bulbe olfactif droit, compatible avec une lésion non datable. L'expertisé présentait à l'heure actuelle une sensation d'injustice, ce qui semblait avoir participé à l'évolution d'un trouble organique vers un trouble fonctionnel. Dans ce contexte, ils proposaient d'adresser l'assuré, pour une prise en charge spécifique en tant que patient auprès de leur collègue spécialiste FMH en neurologie, la doctoresse AC_____, leur médecin référent de l'AD_____ à Berne, qui s'occupait spécifiquement des troubles fonctionnels. Une prise en charge combinée par la Dresse AC_____ et psychiatrique pourrait permettre à l'assuré de trouver les ressources nécessaires pour reprendre une vie normale et accepter le handicap résultant de l'agression dont il avait été victime. À ce stade, les chances de guérison restaient indéterminées, d'autant plus que le délai de prise en charge était relativement retardé. Concernant les troubles visuels, ils n'avaient pas d'élément organique radiologique permettant d'expliquer le déficit campimétrique monoculaire latéro-supérieur droit et donc pas de mesure spécifique à proposer.

S'agissant de la capacité de travail, elle était entière dans l'activité exercée jusqu'ici, les troubles olfactifs et gustatifs ne présentant pas de limitation, puisque des mesures alternatives pouvaient être envisagée. Ils retenaient donc une capacité

de travail à 100 % avec adaptation nécessaire, notamment pour l'ajustement des couleurs.

En résumé, l'assuré avait présenté un tableau clinique de TCC de type commotion cérébrale. Le bilan par imagerie n'avait toutefois pas démontré de lésion cérébrale traumatique nouvelle, par conséquent ils n'avaient pas d'argument radiologique pour une contusion cérébrale. Il était néanmoins possible que le traumatisme ait lésé les filets olfactifs, entraînant une anosmie. Même si le tableau clinique actuel n'était pas entièrement cohérent d'un point de vue neurologique et qu'il n'était pas possible de démontrer objectivement un déficit organique, l'anamnèse était suggestive d'un déficit organique post-traumatique de l'olfaction. Ces troubles organiques de l'olfaction, à distance du traumatisme, n'allaient pas s'améliorer.

c. Le 1^{er} mars 2019, le Dr Y_____ a indiqué avoir rencontré, discuté et examiné l'assuré le 27 février 2019.

À cette date, l'acuité visuelle était de 100 à 120 %, corrigée des deux côtés. S'agissant du champ visuel, il y avait un aspect tunnellation, avec néanmoins une nette amélioration par rapport au comparatif de 2016.

L'examen était extrêmement rassurant. Les structures anatomiques de l'œil droit tout comme à gauche étaient parfaitement normales, sans lésion visible ni mesurable. Il y avait notamment absence d'arguments pour une neuropathie optique post-traumatique qui, si elle avait eu lieu en 2014, laisserait forcément des séquelles mesurables à ce jour. Les examens fonctionnels étaient très rassurants, y compris le champ visuel qui s'était spontanément amélioré par rapport à 2016. Il retrouvait lors de l'examen de l'assuré cette photophobie à l'œil droit, sans pouvoir en identifier une cause pouvant l'expliquer.

L'ensemble des éléments cliniques ainsi que des examens complémentaires pouvaient vraisemblablement exclure une neuropathie optique post-traumatique à l'œil droit. L'amélioration du champ visuel ainsi que son paterne parlait pour un trouble fonctionnel non organique en amélioration actuellement. Cette hypersensibilité à la lumière pouvait également entrer dans le cadre de trouble fonctionnel non organique. Il avait pu s'entretenir avec le patient et le rassurer sur le status ophtalmologique parfaitement sain de ses deux yeux et lui expliquer l'implication potentielle de ses troubles fonctionnels sur sa perception et ses symptômes au niveau de l'œil droit.

d. Le Dr Z_____ a rendu son rapport d'expertise ORL le 14 mars 2019. L'assuré présentait une anosmie et une agueusie suite à son traumatisme du 8 mars 2014. Se référant au rapport du Prof. AB_____, il retenait également que les lésions remarquées au scanner du 8 mars 2014 et aux IRM de juillet et décembre 2014 étaient préexistantes au traumatisme en question. Il avait présenté plusieurs traumatismes crâniens dans les années précédentes à son traumatisme, ce qui expliquait probablement ces découvertes sur l'IRM. Néanmoins, au vu de l'anamnèse ainsi que des tests effectués par le Dr D_____, l'anosmie était

complète. Cette anosmie était clairement due à son traumatisme avec probable atteinte du nerf olfactif (atteinte très probablement organique et post-traumatique).

e. L'expertise interniste a été menée par le docteur AE_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et la Dresse U_____. S'agissant de la pathologie psychiatrique, l'assuré avait perdu le moral : la perte de goût l'affectait beaucoup, il ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle, ne pouvait plus gagner d'argent. Il avait fait des tentatives de suicide. Il avait été suivi mensuellement par la Dresse K_____ à partir d'avril 2014 mais avait dû arrêter ce suivi en raison de difficultés financières. Au niveau de sa vision, il ne voyait qu'au centre avec l'œil droit et devait tourner la tête pour regarder à droite. Il souffrait également d'une photophobie, ne supportant pas les lumières vives et devant se tenir loin de la télévision. En cas d'exposition solaire, il décrivait une sensation de « petites piqûres au niveau de l'œil droit », occasionnant des céphalées. Il n'avait pas de difficultés à lire ou à conduire. Il avait également perdu le goût et l'odorat, ce qui l'affectait beaucoup dans sa vie sociale. Au niveau de son travail, l'odorat était important pour savoir si une peinture était périmée, car il n'existait pas de date de péremption sur les emballages. Le risque, en utilisant une peinture périmée, était qu'elle n'ait pas les mêmes qualités esthétiques qu'une peinture neuve en séchant, avec la formation d'auréoles. Il ne pouvait donc plus faire de peinture sans l'aide d'un ouvrier. Par ailleurs, ses sinus avaient été « détruits », le rendant intolérant à la poussière, à la fumée, le rendant incapable d'aller sur un chantier. S'il le faisait, il éternuait et toussait pendant deux à trois semaines. Il décrivait enfin une symptomatologie ORL entraînant des troubles du sommeil attribués au traumatisme facial, avec la sensation de nez bouché nécessitant un mouchage fréquent avec des saignements au décours.

Au niveau des antécédents personnels, il avait eu précédemment quatre accidents : un premier accident de chantier en 2001, occasionnant une réception sur l'épaule droite et des douleurs de celle-ci ; un deuxième accident en 2005, lors duquel il était tombé d'un échafaudage à une hauteur de deux mètres, occasionnant des douleurs dorsales bilatérales et un traumatisme crânien ; une agression par un ancien ouvrier en 2011 ; et enfin une chute de scooter en 2012, avec de simples contusions. Ces antécédents étaient développés en raison des conclusions du Prof. AB_____, neuroradiologue, considérant que les anomalies constatées sur le scanner cérébral du 8 mars 2014 – montrant des séquelles traumatiques cortico-sous-corticales du gyrus rectus et orbito-frontal droit ainsi que sous-cortical temporo-polaire droite – témoignaient d'un traumatisme crânien ancien.

Du point de vue professionnel, l'assuré s'était installé comme indépendant il y avait plus de vingt ans. Lors de l'agression, en 2014, il avait encore deux employés et un intérimaire. Jusqu'en décembre 2018, il avait encore un employé, mais actuellement il n'avait plus personne, ne pouvant pas payer un salaire. Il travaillait actuellement à 15 %, s'occupant de faire réaliser des chantiers. Il demandait à un intérimaire de faire le travail ou à des amis en fonction des types de chantiers.

Aux questions posées, les experts considéraient, sur le plan consensuel, que l'assuré pouvait assumer 8 heures de présence dans l'activité exercée en dernier lieu tout comme dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20 % du fait des troubles de la concentration. Sa capacité de travail était ainsi estimée à 80 % depuis 2014 et n'avait pas évolué. Une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ne devait pas reposer sur un bon odorat, ni nécessiter une importante concentration. La capacité de travail ne pouvait pas être améliorée de manière significative par des mesures médicales.

Aux questions de la SUVA, les experts retenaient que l'assuré présentait un tableau clinique de traumatisme crânio-cérébral (TCC), de type commotion cérébrale, se manifestant par une sensation transitoire d'être comme dans un brouillard, traduisant une altération transitoire et très partielle de la conscience, un trouble de la mémoire passager ainsi que des céphalées. Toutefois, le bilan par imagerie n'avait pas démontré de lésion cérébrale traumatique nouvelle, ce qui avait pour conséquence qu'il n'y avait pas d'argument radiologique pour une contusion cérébrale. Il était néanmoins possible que le traumatisme ait lésé les filets olfactifs, entraînant une anosmie. Le tableau clinique n'était pas entièrement cohérent d'un point de vue neurologique, dépassait celui d'une anosmie post-traumatique et reflétait des troubles fonctionnels se greffant sur les troubles organiques initiaux. Cependant, même s'il n'était pas possible de le démontrer et de le quantifier, l'anamnèse était suggestive d'un déficit organique post-traumatique de l'olfaction. L'anosmie complète définitive avait ainsi un lien de causalité avec l'agression de mars 2014, avec un degré de vraisemblance prépondérante.

f. Les conclusions de l'expertise consensuelle ont été discutées dans le cadre d'un colloque s'étant tenu le 9 avril 2019 en présence des Drs AE_____, U_____ et V_____.

Le mandat d'expertise était d'indiquer si l'agression subie par l'assuré en mars 2014 avait occasionné un traumatisme crânio-cérébral et de se prononcer sur l'existence d'un déficit organique olfactif et visuel ainsi que d'un trouble psychique en lien avec l'accident.

Au vu de l'expertise neurologique et de l'avis du Prof. AB_____, l'anosmie pouvait être considérée comme post-traumatique avec un lien de causalité avec l'agression de mars, considérée comme au mieux avec un degré de vraisemblance prépondérante. Concernant les troubles gustatifs, ils indiqueraient des lésions bilatérales des nerfs VII et IX qui ne pouvaient être causées par une fracture des os propre du nez. Il n'y avait aucune lésion radiologique aux zones d'émergence de ces nerfs. Il était donc conclu à un trouble fonctionnel surajouté. Ils retenaient également le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral de type commotion cérébrale avec altération très partielle de la conscience, céphalées et troubles de la mémoire passagers.

Du point de vue ORL, les tests olfactifs montraient la persistance d'une anosmie complète. Ils concluaient donc également à une anosmie post-traumatique avec probable atteinte du nerf olfactif, sans pouvoir exclure une atteinte chirurgicale qui semblaient cependant très peu probable.

Du point de vue ophtalmologique, l'assuré mentionnait une amputation concentrique du champ visuel de l'œil droit et une importante photophobie. L'acuité visuelle, la biomicroscopie, l'examen du fond de l'œil et l'examen neuro-ophtalmologique étaient normaux. L'OCT était également normal. Le champ visuel montrait un aspect de tunnellation à droit en amélioration par rapport au comparatif de 2016. Les structures de l'œil droit étaient donc tout à fait normales, il n'y avait aucun argument pour une neuropathie optique post-traumatique. L'IRM ne révélait pas de lésion du nerf optique et le CT-scanner ne retrouvaient pas de lésions des orbites. Ils s'écartaient de l'appréciation du Dr J_____ qui ne décrivait d'ailleurs pas non plus, lors de ses examens, d'élément clinique en faveur d'une neuropathie optique. Ils concluaient donc à un trouble visuel sans lien avec l'agression du 8 mars 2014.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de dysthymie était posé. Les co-experts neurologues révélaient que seule une partie des plaintes de l'assuré avait un substrat organique et s'interrogeaient sur un trouble somatoforme indifférencié. S'agissant d'un diagnostic psychiatrique, ils considéraient que les critères CIM-10 de ce trouble n'étaient pas remplis, les symptômes n'étant pas multiples ni variables dans le temps. Ils ne retenaient pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant car il n'était pas objectivé de conflit émotionnel ou de problème psychosocial sous-jacent. En l'absence de substrat anatomique initial au trouble visuel et au trouble gustatif, on ne pouvait pas non plus retenir, selon la CIM-10, de diagnostic de majoration des symptômes physiques.

Les diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail étaient les suivants :

- Probable affection du nerf olfactif sur traumatisme crânio-cérébral (G 52.0) ;
- Lésions contusionnelles fronto-basale et temporo-lobaire droites non datables (S 06.3) ;
- Amputation concentrique du champ visuel de l'œil droit d'origine fonctionnelle (H 53.1) ;
- Dysgueusie d'origine fonctionnelle (R 43.8) ;
- Dysthymie (F 34.1).

Les diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles étaient :

- L'anosmie : l'activité habituelle de plâtrier-peintre, où l'odorat était nécessaire pour l'ajustement des couleurs et la détection des pigments périmés, restait

adaptée à l'état de santé de l'expertisé, cette partie de l'activité pouvant être déléguée à une tierce personne ;

- La Dysthymie : elle était à l'origine d'une baisse légère de la concentration.

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici et dans une activité adaptée était de 80 %. La perte de l'odorat dans l'activité habituelle comme elle était réalisée actuellement (tierce personne effectuant les préparations de peinture) n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. En revanche, la dysthymie occasionnait des troubles de la concentration qui étaient à l'origine d'une baisse de rendement évaluée à 20 %.

41. Par pli du 7 mai 2019, le rapport d'expertise a été transmis à l'assuré pour que ce dernier formule ses observations.
42. Le 22 mai 2019, l'assuré a formé ses observations sur le rapport d'expertise.

Les différentes expertises étaient claires et arrivaient à la conclusion qu'il y avait une capacité de travail de 80 %, et, a fortiori, une incapacité de travail de 20 %. Il avait également été établi par les experts que le coup de poing qui lui avait été porté avait entraîné une commotion cérébrale, ce qui correspondait à un traumatisme cranio-cérébral. Il n'y avait pas de rupture du lien de causalité entre ses séquelles et le coup de poing, contrairement à ce qui avait été soutenu par la SUVA dans sa décision initiale. Sa situation n'était pas amenée à se modifier d'après les experts.

Il concluait donc à ce qu'il lui soit octroyé une rente à hauteur de 20 % de son salaire assuré dès le 24 juillet 2015, date de fin des prestations.

Il ressortait par ailleurs de l'expertise des Drs AA_____ et X_____ du 22 février 2019 qu'il était proposé que le recourant soit pris en charge par la Professeure AC_____ à l'AD_____ de Berne. Il était d'accord avec une telle prise en charge et demandait que la SUVA prenne en charge les frais y afférents.

Enfin, il réclamait une indemnité pour atteinte à l'intégrité. D'après l'annexe 3 de l'OAA, la perte de l'odorat ou du goût valait 15 % du gain annuel assuré. Comme il devait encore être ajouté le problème de vue, il réclamait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.

43. Par décision du 13 juin 2019, la SUVA a retenu qu'au vu des pièces médicales, aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable et les troubles suivants : les lésions contusionnelles fronto-basale et temporo-polaire ; l'amputation concentrique du champ visuel de l'œil droit et la dysgueusie. Aucune prestation ne pouvait être octroyée pour ces troubles.

Les examens avaient par ailleurs démontré que les troubles dont se plaignait l'assuré n'étaient pas assez démontrables d'un point de vue organique. Il convenait donc d'en examiner le lien de causalité adéquate. Les troubles psychiques étant prédominants, l'évaluation devait se dérouler conformément à l'ATF 115 V 133.

Après examen des critères déterminants, un lien de causalité adéquate ne pouvait pas être établi, ce qui impliquait la fin des prestations d'assurance en date du 31 juillet 2015. En l'absence de lien de causalité, aucune rente d'invalidité et/ou d'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était allouée pour les troubles psychiques.

Les troubles olfactifs étaient en revanche reconnus en lien de causalité, du moins probable, avec l'accident. Au vu des conclusions des experts, ces seuls troubles ne justifiaient pas une incapacité de travail, ni même la poursuite d'un traitement médical.

Par conséquent, pour les seules suites de l'accident, une pleine capacité de travail était reconnue dans son activité habituelle dès le 1^{er} août 2015.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, un examen complémentaire devait être effectué et une décision serait prochainement rendue.

44. Dans une appréciation du 19 juin 2019, la doctoresse AF_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et en médecine du travail et médecin-conseil de la SUVA, a retenu, au vu de l'expertise, que l'anosmie était clairement due à son traumatisme avec probable atteinte du nerf olfactif. La perte d'intégrité due à l'accident s'agissant de la dysosmie s'élevait à 15 % dans le domaine ORL, 5 ans après l'événement.

D'autres mesures thérapeutiques ne devraient pas améliorer l'état de santé et termes olfactifs, de sorte que l'état définitif était atteint. Le trouble olfactif n'était pas lié à une limitation de la capacité de travail.

45. Le 14 août 2019, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 13 juin 2019, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente de 20 % dès le 24 juillet 2015.

Cette décision était contraire à ce qui ressortait des différentes expertises rendues, qui concluaient à une diminution de rendement évaluée à 20 %. Il ressortait de l'examen psychologique qu'un diagnostic de dysthymie avait été posé et qu'il engendrait une baisse de rendement de l'ordre de 20 % dans l'activité réalisée. Il s'agissait d'un trouble apparu à la suite de l'agression et qui ne serait pas apparu en l'absence de celle-ci ; il était donc en lien de causalité avec l'accident.

Il reprenait pour le surplus les arguments développés dans ses observations du 22 mai 2019.

Il réclamait enfin une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % (15 % pour la perte de goût et d'odorat et 5 % pour le problème de vue). Cette question, qui n'avait toujours pas été traitée par la SUVA, devait l'être dans les plus brefs délais.

46. Dans une appréciation du 24 septembre 2019, le docteur AG_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la SUVA, a évalué l'atteinte à l'intégrité pour la perte d'odorat et de goût à 13 %. L'assuré ayant bénéficié d'une IPAI de 12,5 % en

janvier 2011 (en lien avec une affection à l'épaule droite), l'atteinte à l'intégrité de 15 % sur 87,5 % s'élevait donc à 13 %.

47. Par décision du 14 octobre 2019, la SUVA a informé le recourant de ce qu'elle lui octroyait des prestations d'assurance pour les suites de son accident professionnel. Son droit à l'indemnité journalière était de CHF 109.90 par jour calendaire. Il prendrait effet dès le début de l'incapacité de travail, mais au plus tôt le 11 mars 2014.
48. Cette décision n'a pas fait l'objet d'une opposition.
49. Par décision du 15 octobre 2019, la SUVA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 16'380.-, correspondant à une atteinte de 13 %.
50. Cette décision n'a pas été contestée.
51. Le 16 décembre 2019, la SUVA a rendu une décision sur opposition, rejetant l'opposition et confirmant sa décision du 13 juin 2019.

L'expert psychiatre, à savoir le Dr V_____, avait conclu sans grande explication, ni justification, à une baisse de rendement de 20 %. Un tel impact des troubles psychiques sur la capacité de travail de l'assuré paraissait d'autant plus surprenant qu'à la suite de son examen psychiatrique su 9 septembre 2015, le Dr L_____ avait précisé que la symptomatologie n'avait pas une importance suffisante pour justifier un arrêt de travail. En outre, le Dr V_____ indiquait lui-même que l'assuré décrivait une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité était actuellement insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. De plus, il notait que l'assuré n'étant pas fortement décompensé sur le plan thymique ou anxieux, il n'y avait pas de nécessité de reprendre un suivi psychologique ou psychiatrique, le soutien apporté par le médecin de famille étant suffisant.

S'agissant du lien de causalité adéquate, il ressortait des éléments médicaux au dossier que l'assuré avait subi un traumatisme crânio-cérébral léger ; il n'y avait pas d'argument pour une contusion cérébrale. Dans ce contexte, un examen de la causalité adéquate des troubles psychiques devait se faire à l'aune de l'ATF 115 V 133 : l'accident de l'assuré était de gravité moyenne ; la gravité des lésions ou leur nature n'était pas propre à engendrer des troubles psychiques ; le traitement médical n'était pas particulièrement long et n'avait pas été entaché d'erreurs ; l'assuré n'avait pas mentionné de douleurs physiques persistantes ; enfin, la durée de l'incapacité de travail pour les seuls troubles organiques n'avait pas été particulièrement longue ; la question de savoir si l'accident pouvait être qualifié de particulièrement impressionnant pouvait demeurer ouverte, ce seul critère n'étant pas suffisant pour admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et le développement de troubles psychiques. C'était donc à juste titre que la SUVA avait refusé la prise en charge des troubles psychiques présentés par l'opposant et lui avait reconnu une pleine capacité de travail au 1^{er} août 2015.

Enfin, dans la mesure où le suivi par le Dr AC_____ concernait essentiellement les troubles fonctionnels surajoutés qui étaient, par définition, d'origine psychique, sa prise en charge n'incombait pas à la SUVA.

52. Par acte du 31 janvier 2019, l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), concluant à son annulation, à ce qu'il soit ordonné à la SUVA d'exécuter sa décision du 24 octobre 2019 afférente aux indemnités journalières, à la condamnation de la SUVA au versement d'une rente de 20 % et à la prise en charge des frais médicaux en lien avec le suivi chez la Prof. AC_____ et un suivi psychiatrique, le tout sous suite de frais et dépens.

L'intimée avait rendu le 14 octobre 2019 une décision lui octroyant des indemnités journalières dès le 11 mars 2014, et sans limitation de temps. Le recourant n'ayant perçu des indemnités que jusqu'au 23 juillet 2015, il convenait de reprendre le versement desdites indemnités, et ce jusqu'à l'octroi d'une rente.

Selon la jurisprudence (arrêt du TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3), en cas d'atteinte à la santé physique, il n'y avait pas lieu d'examiner séparément les liens de causalité naturelle et adéquate, cette dernière se recoupant largement avec la causalité naturelle et ne jouant dès lors pratiquement pas de rôle.

En l'espèce, les différentes expertises établies étaient claires et arrivaient à la conclusion qu'il y avait une capacité de travail du recourant à 80 %, et donc une incapacité de 20 % en lien direct avec l'agression subie. Il n'y avait nullement rupture du lien de causalité entre les séquelles de l'assuré et le coup de poing qui lui avait été donné.

Dans la décision querellée, la SUVA s'écartait des conclusions du Dr V_____, préférant celles du Dr L_____. Ceci était extrêmement choquant, ce dernier étant lié à l'intimée par un contrat de travail. Le Dr V_____ arrivait à un diagnostic de dysthymie en lien avec des troubles de la concentration constatés par un test, de manière objective. Il retenait une baisse de rendement de 20 %. Il était également établi par l'expertise que l'anosmie pouvait être considérée comme une atteinte post-traumatique en lien de causalité avec l'agression. Les Drs AA_____ et X_____ retenaient que le tableau clinique actuel, avec troubles olfactifs probablement organiques auxquels se surajoutaient des troubles fonctionnels, avait été déclenché par le traumatisme de mars 2014, et qu'il n'était pas possible de faire précisément la part des choses entre l'atteinte organique et les troubles fonctionnels surajoutés.

Partant, la question du lien de causalité ne pouvait plus être mise en doute, contrairement à ce que soutenait la SUVA dans la décision querellée. Par ailleurs, le lien de causalité devait être analysé en lien avec la jurisprudence sur les troubles psychiques surajoutés à une atteinte organique, et non avec celle d'un traumatisme crânio-cérébral. L'attitude de l'intimée était incompréhensible, la chambre de céans

ayant déjà expliqué ce fait dans l'arrêt du 18 décembre 2017, au considérant 13. Il concluait par conséquent à l'octroi d'une rente de 20 %.

Les Drs AA_____ et AH_____ suggéraient qu'il soit pris en charge par la Prof. AC_____, spécialiste des troubles neurologiques fonctionnels, qu'il entreprenne un traitement auprès d'elle tout comme la poursuite d'un suivi psychiatrique. Il consentait à ce suivi et en demandait la prise en charge par l'intimée, ce traitement lui permettant de conserver sa capacité résiduelle de gain.

53. L'intimée a répondu au recours le 3 mars 2020, concluant à son rejet.

Les indemnités journalières avaient été payées dans leur intégralité jusqu'à la stabilisation de l'état de santé du recourant, soit jusqu'au 31 juillet 2015. Le recourant ne remettant pas en cause ladite stabilisation, il y avait lieu de la confirmer. Le recourant n'avait pas confirmé sa demande d'éclaircissement s'agissant des montants exacts de l'indemnité journalière lui ayant été versés, de sorte qu'aucune décision formelle n'avait été rendue à ce sujet, cet élément n'étant plus litigieux.

Le caractère incapacitant de la dysthymie devait être relativisé au regard des conclusions de l'expert-psychiatre. En effet, après avoir constaté que les ressources du recourant l'emportaient sur ses limitations fonctionnelles et retenu qu'un diagnostic de dysthymie ne pouvait être considéré comme une affection psychiatrique sévèrement incapacitante, il retenait une baisse de rendement de l'ordre de 20 % dans l'activité réalisée jusqu'à ce jour en lien avec des troubles de la concentration. Or, les troubles de la concentration avaient eux-mêmes été qualifiés de légers, respectivement modérés. Par conséquent, les experts ne pouvaient être suivis s'agissant de l'incapacité de travail de 20 % dans l'activité habituelle du recourant, leur raisonnement paraissant contradictoire, respectivement insuffisamment motivé.

Quoiqu'il en soit, elle ne s'était pas écartée des conclusions des experts pour suivre l'avis de son médecin-conseil, mais elle avait nié la relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et son accident du 8 mars 2014 : en présence de seuls troubles modérés de la concentration ne découlant pas de lésions organiques objectivables et d'une dysthymie, c'était à bon droit qu'elle avait appliqué les critères relatifs à la causalité adéquate en matière de troubles psychiques (soit l'ATF 115 V 133).

Subsidiairement, même si le lien de causalité adéquate devait être reconnu, il conviendrait d'évaluer l'invalidité du recourant en procédant à une comparaison des revenus. Un taux d'invalidité de 20 % correspondant à l'incapacité de travail de l'assuré ne saurait donc être retenu.

S'agissant enfin du droit au traitement médical invoqué par le recourant, il devait être nié au motif qu'en l'absence de droit à une rente d'invalidité, un traitement médical subséquent ne pouvait être pris en charge par l'assurance-accident. Par ailleurs, quand bien-même le droit de l'assuré à une rente d'invalidité devait lui être

reconnu, les experts eux-mêmes, conformément à leurs conclusions consensuelles, ne retenaient pas de traitement ayant une incidence sur la capacité de travail du recourant et donc, pas de traitement nécessaire à la conservation de sa capacité de gain. Elle était donc fondée à mettre fin à ses prestations d'assurance au 31 juillet 2015 et à refuser tant l'octroi d'une rente d'invalidité que la prise en charge d'un traitement médical après fixation de la rente.

54. Dans sa réplique du 13 mai 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions.

L'intimée s'écartait sans fondement du rapport d'expertise, qui avait pourtant été effectué par des spécialistes. Elle soutenait pour la première fois dans sa réponse que le raisonnement des experts serait contradictoire et, subsidiairement, insuffisamment fondé. Or, si elle considérait que la position des experts était insuffisamment motivée, la SUVA aurait dû demander des explications complémentaires à ces derniers. Dans le rapport, l'expert psychiatre expliquait clairement et motivait sa conclusion d'une baisse de rendement de 20 %.

S'agissant du lien de causalité adéquate, la SUVA ne pouvait être suivie, puisqu'il n'avait pas de troubles psychiques avant l'agression subie, comme cela ressortait clairement du rapport du Dr V_____.

Enfin, on ne pouvait suivre l'argument de l'intimée selon lequel un taux d'invalidité de 20 % ne pourrait être retenu en cas de comparaison des revenus. Les experts parvenaient à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, soit une diminution de 20 % dans toute activité confondue.

55. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles physiques et psychiques présentés par l'assuré sont en lien de causalité avec l'accident du 8 mars 2014 et si son droit aux prestations doit être maintenu au-delà du 31 juillet 2015.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité relative à la perte d'odorat et de goût, réclamée par le recourant dans son opposition, a été octroyée par décision du 15 octobre 2019, laquelle n'a pas fait l'objet d'opposition. Elle ne fait donc pas partie de l'objet du litige.

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit, qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant,

le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la

clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

7. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).
8. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

La réglementation prévue à l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48 consid. 3). Il peut toutefois arriver que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne puisse pas être allouée en même temps que la rente d'invalidité, parce que, au moment de la fixation de la rente, il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude sur les conditions du droit à l'indemnité (ATF 119 V 131 consid. 3c).

b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

c. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à

aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires - à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

d. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle

expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).
12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux

griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

13. En l'espèce, à la suite de l'accident du 8 mars 2014, le recourant a notamment souffert de troubles à l'œil droit : il a développé une importante photophobie et a subi une amputation concentrique du champ visuel de l'œil droit

Plusieurs médecins se sont prononcés à ce propos.

Ainsi, le 22 mars 2015, le Dr H_____ a diagnostiqué une contusion du bulbe en mars 2014 et un champ visuel tunnelisé (perte de vision périphérique avec rétention de la vision centrale) sans explication anatomique ou organique, et a retenu qu'il n'y avait pas de corrélat anatomique pouvant expliquer la baisse d'acuité visuelle et le champ visuel de l'œil droit.

Le 10 août 2015, le Dr J_____, constatant une importante réduction concentrique du champ visuel à droite de 18.8 dB sans perte d'acuité visuelle, a diagnostiqué une possible contusion traumatique du nerf optique droit (NC II), en parallèle à l'atteinte du nerf olfactif (NC I). Le 22 mai 2017, le Dr J_____ a confirmé son diagnostic, constatant toujours une importante réduction du champ visuel à droite de 14 dB.

Le 30 mars 2016, le Dr M_____, ophtalmologue-conseil de la SUVA, a retenu le diagnostic de limitation concentrique considérable du champ visuel consécutive à une contusion du globe oculaire survenue le 8 mars 2014 avec traumatisme du nerf optique. Depuis le mois de juillet 2015, une activité à plein temps était exigible avec une limitation de la capacité de travail de 10 %.

Dans une appréciation du même jour, le Dr M_____ a conclu à une atteinte à l'intégrité ophtalmologique de 18 % pour une restriction unilatérale concentrique du champ visuel de 10 % à l'œil droit consécutive à une contusion du globe oculaire avec traumatisme du nerf optique. Ni le dossier, ni l'anamnèse ne révélaient de problèmes ophtalmologiques antérieurs et aucune amélioration considérable du champ visuel ne pouvait être escomptée.

Le 12 avril 2016, le Dr H_____ a considéré que malgré les examens exhaustifs, il existait toujours une discrépance entre les examens complémentaires et l'acuité visuelle. De plus, tous les examens accomplis jusqu'ici n'expliquaient ni les champs visuels, ni l'acuité visuelle de l'œil droit qui ne correspondaient pas à l'aspect anatomique du nerf optique et aux résultats tant de l'IRM que de

l'électrorétinogramme (ERG), ainsi qu'aux mesures des potentiels évoqués visuels (PRV).

De même, le 19 août 2016, le Dr P_____ a considéré qu'il n'y avait objectivement aucune suspicion de neuropathie optique ou de rétinopathie. Étant donné que les déficits campimétriques observés tant auprès du Dr J_____ que lors de sa consultation étaient variables, il estimait qu'une composante fonctionnelle organique surajoutée était présente.

Le 13 janvier 2017, le Dr R_____, ophtalmologue au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, a considéré que l'examen ophtalmologique du Dr P_____, qui confirmait l'absence de lésion du nerf optique, n'apportait pas d'éléments nouveaux. Même si un trouble fonctionnel de la vue n'était pas exclu, l'état de santé constaté en mars 2016 devait être considéré comme stabilité et l'appréciation de l'exigibilité et de l'atteinte à l'intégrité restait inchangée par rapport à celle du Dr M_____.

Dans sa première décision du 6 avril 2017, la SUVA a refusé la prise en charge des troubles olfactifs et cognitifs, mais elle ne s'est pas prononcée sur les lésions à l'œil droit du recourant. D'après son service médical, le recourant présentait une capacité de travail de 90 %.

Par conséquent, dans son arrêt du 18 décembre 2017, la chambre de céans a exclu les troubles ophtalmologiques du recourant de l'objet du litige, considérant qu'il ne pouvait porter que sur le droit aux prestations d'assurance postérieures au 24 juillet 2015 en lien avec troubles cognitifs et olfactifs. À cet égard, dans son courrier du 6 avril 2017, l'intimée envisageait d'examiner le droit du recourant à des prestations en lien avec l'atteinte visuelle, à savoir une IPAI de 18 % et une incapacité de travail de 10 %.

Dans le cadre du renvoi du dossier pour instruction complémentaire, la chambre de céans a indiqué qu'il appartenait à l'intimée de déterminer si l'expertise pluridisciplinaire devait également comporter un volet ophtalmique.

Dans l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'intimée, les experts neurologues consultés se sont prononcés en faveur d'une amputation campimétrique monoculaire latéro-supérieure droite, avec acuité visuelle conservée, précisant que l'IRM ne révélait pas de lésion du nerf optique et le CT-scanner ne retrouvait pas de lésion des orbites. Ils se référaient au volet ophtalmologique de l'expertise pour le versant visuel.

Dans son appréciation, le Dr Y_____ a indiqué que les examens fonctionnels étaient très rassurants, relevant que le champ visuel s'était spontanément amélioré, et que la photophobie restait inexplicée. Les examens effectués permettant d'exclure une neuropathie optique post-traumatique à l'œil droit, l'amélioration du champ visuel parlait pour un trouble fonctionnel non organique actuellement en amélioration.

Se fondant sur ces derniers éléments, l'intimée a retenu qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable et l'amputation concentrique du champ visuel de l'œil droit.

Or, il ressort des pièces médicales sus-rappelées, qu'en 2016 déjà le Dr P_____ notait qu'il n'y avait aucune suspicion de neuropathie optique ou de rétinopathie, et que le Dr H_____ relevait que tous les examens accomplis n'expliquaient ni les champs visuels, ni l'acuité visuelle de l'œil droit, qui ne correspondaient pas à l'aspect anatomique du nerf optique et aux résultats de l'IRM.

Malgré l'absence de lésion visible du nerf optique, le Dr M_____, ophtalmologue-conseil de l'intimée, a retenu l'existence d'une limitation de la capacité de travail de 10 % en raison des atteintes à l'œil droit recourant, qui n'avait eu, préalablement à l'accident, aucun problème ophtalmologique.

La position du Dr Y_____ ne s'explique dès lors pas, ce d'autant plus qu'il ne discute aucune pièce du dossier et n'explique notamment pas les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis des Dr M_____ et R_____, sur la base desquels l'intimée avait initialement reconnu une incapacité de travail de 10 % du recourant pour ses troubles visuels. Par ailleurs, le Dr Y_____ note une amélioration du champ visuel droit, ce qui ne ressort ni des plaintes du patient rapportées dans l'expertise consensuelle, ni de l'évaluation clinique effectuée par les experts neurologues.

Au vu de ce qui précède, la valeur probante du volet ophtalmologique de l'expertise mise en œuvre par l'intimée est contestable.

Vu les divergences importantes existant entre les avis médicaux précités et l'absence d'expertise ophtalmologique remplissant les critères jurisprudentiels précités, la chambre de céans considère qu'une expertise ophtalmologique judiciaire est nécessaire.

L'expertise judiciaire sera confiée à la Professeure AI_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, AJ_____, service d'ophtalmologie, rue _____ à Genève.

La question II D sera modifiée dans le sens requis par l'intimée.

* * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise médicale ophtalmologique. La confie à la Professeure AI_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, AJ_____, service d'ophtalmologie, rue _____ à Genève.
- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____.
- C. Procéder à un examen de la vue de M. A_____ et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes, du point de vue ophtalmologique :
1. Quelle est l'anamnèse ?
 2. Quelles sont les plaintes de M. A_____ ?
 3. Quels sont les diagnostics ?
 4. Quelles sont les limitations fonctionnelles en lien avec les diagnostics ? Depuis quand sont-elles présentes ?
 5. L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?
 - 5.1 Si oui, depuis quelle date ?
 - 5.2 Les atteintes et les plaintes de M. A_____ correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
 6. Les atteintes à la santé constatées sont-elles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 8 mars 2014 ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ?
 - 6.1. Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic / limitation fonctionnelle retenus.
 - 6.2 M. A_____ présentait-il une atteinte à la santé du point de vue ophtalmique avant l'accident du 8 mars 2014 ?
 - 7.1 Quelle est la capacité de travail de M. A_____ dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au

- moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?
- 7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?
- 8.1 M. A_____ présente-t-il une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes à son œil droit en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?
- 8.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?
9. Êtes-vous d'accord avec les diagnostics posés par le Dr J_____ dans ses rapports des 10 août 2015 et 22 mai 2017, par le Dr M_____ dans ses rapports du 30 mars 2016 – en particulier avec l'estimation d'une capacité de travail de 90 % et d'une atteinte à l'intégrité ophtalmologique de 18 % – et par le Dr R_____ dans son rapport du 13 janvier 2017 ? Si non, pourquoi ?
10. Quel est le pronostic ?
11. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
12. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
- F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le